

....., dnia

Burmistrz Leśnej
Rynek 19
59-820 Leśna

WNIOSEK
o uzyskanie skierowania na zabieg bezpłatnej sterylizacji wolno żyjącej, bezdomnej
kotki (samicy) z terenu Gminy Leśna

1. Dane zgłaszającego, opiekuna, karmiciela zwierzęcia

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu:	
Adres e-mail:	

2. Dane dotyczące kotki (samicy)

Rodzaj zabiegu	STERYLIZACJA
Ilość zwierząt zgłoszonych do zabiegu sterylizacji (szt.)*1	
Orientacyjny wiek zwierzęcia	
Miejsce przebywania zwierzęcia	

*1. Zgodnie z **Regulaminem sterylizacji bezdomnych, wolno żyjących kotek (samic), których zgłaszający, opiekunowie lub karmiciele zamieszkują na terenie Gminy Leśna zatwierdzonym Zarządzeniem nr 24/2026 Burmistrza Leśnej z dnia 05.02.2026 r.** ilość zwierząt zgłaszanych do zabiegu stylizacji w roku bieżącym wykazanych przez jedno gospodarstwo domowe, zgłaszającego, opiekuna lub karmiciela wynosi maksymalnie jedno zwierzę. Powyższe spowodowane jest dużym zapotrzebowaniem na wykonywanie zabiegu sterylizacji na terenie całej gminy.

3. Ja niżej podpisany, pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 KK** za składanie fałszywych zeznań, składam stosowne do art. 75 § 2 KPA oświadczenie, iż kotka zgłaszana do sterylizacji jest wolno żyjącą i bezdomna.

4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z regulaminem sterylizacji kotek (samic) których zgłaszający, opiekunowie lub karmiciele zamieszkują Gminę Leśna.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy

POUCZENIE

Wnioskodawca zobowiązany jest:

1. Uzgodnić termin zabiegu z lekarzem weterynarii Przychodni Weterynaryjnej s.c. Dariusz Sitniki, Waldemar Kaliński z siedzibą w Leśnej ul. Baworowo 22, tel. 757211252 lub 604369112 w ciągu 14 dni od daty otrzymania skierowania.
2. Dostarczyć zwierzę do miejsca wykonania zabiegu, we własnym zakresie i na własny koszt.
3. Odebrać zwierzę po wykonanym zabiegu, we własnym zakresie i na własny koszt.
4. Zapewnić zwierzęciu opiekę, do czasu powrotu wszystkich czynności fizjologicznych do normy tj. ok 10 dni, we własnym zakresie i na własny koszt.
5. W przypadku wystąpienia podczas zabiegu lub bezpośrednio po nim konieczności przeprowadzenia innych zabiegów leczniczych lub podania leków, zobowiązuję się do poniesienia ich kosztów.

Zapoznałam/em się

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis wnioskodawcy